

## 내시경으로 진단 및 치료한 총담관 내 관상 선종 1예

연세대학교 의과대학 내과학교실 및 \*진단병리학교실

장진혁 · 이동기 · 노태웅 · 김민수 · 이근만 · 이세준 · 이상인 · 양석우\*

### Tubular Adenoma of the Common Bile Duct: Endoscopic Diagnosis and Treatment

Jin Hyuck Chang, M.D., Dong Ki Lee, M.D., Tae Woong No, M.D., Min Su Kim, M.D.,  
Kuen Man Lee, M.D., Se Joon Lee, M.D., Sang In Lee, M.D. and Seok Woo Yang, M.D.\*

Departments of Internal Medicine and \*Pathology, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

간의 담도 종양 중 양성 종양은 6% 정도로 악성 종양에 비해 드물게 발견된다. 양성 종양은 십이지장 유두부에 가장 호발하며, 다음으로 총담관에서 발견된다. 총담관 양성 종양은 증상 및 검사 소견이 담석 및 악성 종양과 유사하여 수술 전 진단하기 어렵기 때문에 총담관의 양성 종양은 주로 수술 후 병리학적으로 진단되나 수술 고위험군 환자를 내시경으로 치료한 예도 보고된 바 있다. 국내에서도 총담관 양성 종양 중 용모성 선종 등은 여러 차례 보고되었으나 아직까지 관상 선종을 경피경간 담도내시경 직시하에 치료한 보고는 없었다. 저자 등은 복부초음파와 자기 공명 담췌도 영상에서 총담관 담석과 감별이 어려웠으나, 유두괄약근 절개 후 바스켓으로 적출된 조직에서 관상 선종을 확인하고, 경피경간 담도 내시경 직시 하에 담도 종양을 내시경으로 부분 제거하였던 총담관 관상 선종 1예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

색인단어: 총담관, 관상 선종, 경피경간 담도내시경적 용종 절제술

## 서 론

간의 담도 종양 중 양성 종양은 약 6% 정도로 악성 종양에 비해 드물게 발견된다.<sup>1</sup> 1950년 Chu 등<sup>2</sup>이 총담관 내 유두종을 처음으로 보고한 후, 유두종, 용모성 선종 등이 여러 차례 보고되었고, Fletcher 등<sup>3</sup>의 문헌고찰에 따르면 1970년 이후 총담관 내 관상 선종 증례는 1예에 불과하다.<sup>4</sup> 총담관의 양성 종양은 총담관 담석 및 악성종양의 증상과 검사소견이 유사하여, 수술 전 정확한 진단이 어려워 주로 수술 후 병리학적으로 진단되었다. 치료는 재발 및 악성화 방지를 위해 수술적 완전 절제가 원칙이다. 그러나 1992년 Sturgis 등<sup>5</sup>이

수술 고위험군 환자의 총담관 관상용모성 선종을 내시경적으로 절제한 증례를 최초로 보고하였다. 국내에서도 1991년, Do 등<sup>6</sup>이 처음으로 총담관 내 유두종을 수술 후 진단하여 보고하였고, 1998년 Jeoung 등<sup>7</sup>이 총담관 용모성 선종을 내시경으로 진단과 치료한 예를 보고하였다.

저자 등은 복부초음파와 자기 공명 담췌도 영상에서 총담관 담석으로 진단하였으나, 유두괄약근 절개 후 바스켓으로 적출된 조직에서 관상 선종을 확인하고, 경피경간 담도 내시경 직시 하에 담도 종양을 내시경으로 부분 제거하였던 총담관 관상 선종 1예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

## 증 례

84세 남자 환자가 내원 15일 전부터의 기침, 전신무력감으로 입원하였다. 환자는 오심, 식욕부진을 호소하였으나 발열, 구토, 복통 등은 없었다. 과거력은 40년 전 폐결핵으로 진단받은 후 치료받았으며 8년 전 폐렴

접수 : 2005년 3월 30일, 승인 : 2005년 8월 12일

연락처 : 이동기, 서울시 강남구 도곡동 146-92

우편번호: 135-270

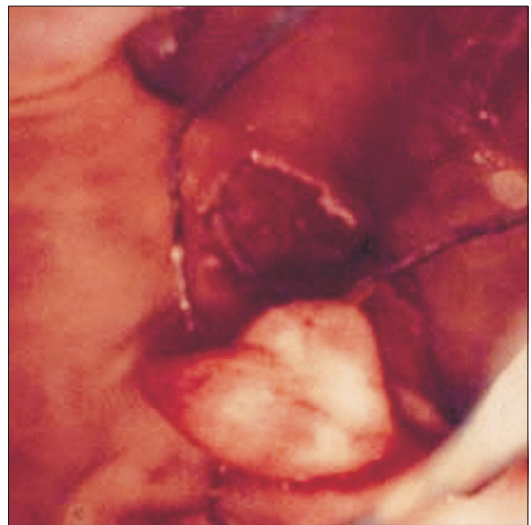
연세대학교 의과대학 영동세브란스병원 내과

Tel: 02-3497-3314, Fax: 02-3463-3882

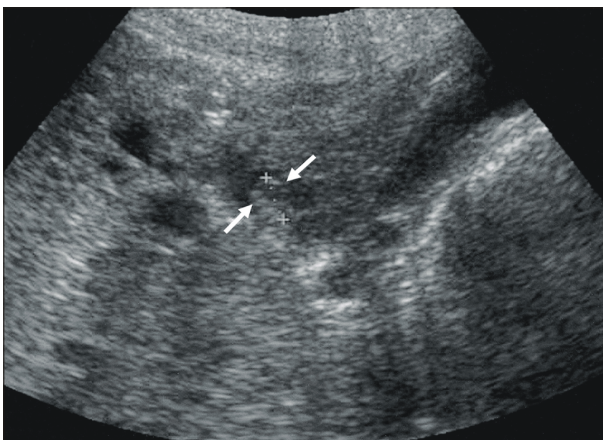
E-mail: dklee@yumc.yonsei.ac.kr

으로 입원치료 받은 병력이 있었다. 음주력과 흡연력은 없었고 가족력도 특이 소견은 없었다. 전신 신체 검사에서 내원 당시 혈압은 110/80 mmHg, 체온은 37°C, 맥박수 72회/분, 호흡수 16회/분이었으며, 공막의 황달소견은 없었다. 흉부 청진 소견에서 수포음이 들렸으며, 복부 촉진에서 복부는 평편하고 부드러웠으며 압통은 없었다. 그 외에 다른 부위에서 특이 소견은 발견되지 않았다. 검사실 소견은 말초 혈액 검사에서 백혈구수  $6,020/\text{mm}^3$ , 혈색소 11.3 g/dL, 혈소판수  $199,000/\text{mm}^3$ 이었고, 혈청 생화학 검사에서 glucose 91 mg/dL, AST 84 IU/L, ALT 169 IU/L, alkaline phosphatase 432 IU/L, r-glutamyltransferase 112 IU/L, 총 빌리루빈 1.6 mg/dL, BUN 19.0 mg/dL, creatinine 0.9 mg/dL, 총 단백 7.1 g/dL, 알부민 3.5 g/dL, HBs Ag (-), anti-HBs (+), anti-HCV (-), CEA 2.7 ng/mL, CA19-9 18.9 U/mL였고, 전해질 검사는 정상이었다. 환자는 폐렴 및 기관지 확장증을 진단 받고 항생제 치료 후 증세 호전되었다. 복부 초음파 검사에서 총담관 확장과 총담관 원위부에 약 1 cm 크기의 고에코성 종괴가 관찰되었으며 후방 에코음영은 명확하게 보이지 않았다(Fig. 1). 자기 공명 췌담도 영상에서도 총담관에 담석 및 종괴로 의심되는 난원형의 저신호 강도와 확장 소견이 관찰되었다. 내시경 역행성 담췌관 조영술에서 유두부가 십이지장 계실 안에 위치하고 있었고, 총담관 확장과 원위부 총담관에 다엽성 난원형의 충만 결손이 관찰되었다. 내시경적 유두괄약근 절개술 후 담석으로 생각한 충만 결손 조직의 바스켓 제거술 시행 과정 중 담석이 아닌 조직절편이 적출되었다(Fig. 2). 총담관 종괴의 바스켓 제거를

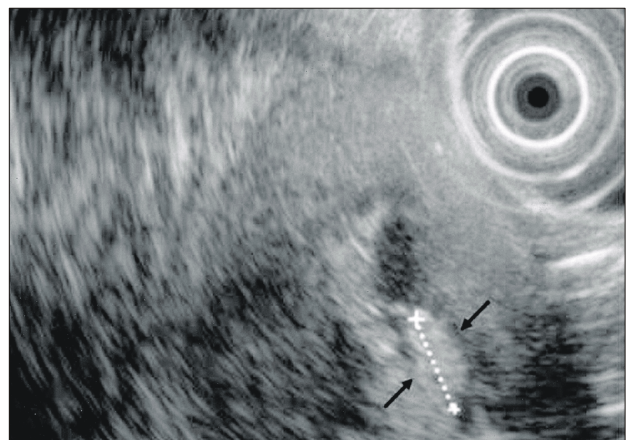
중단하고 총담관 내 7 Fr, 12 cm 플라스틱 스텐트 삽입술을 시행하였다. 조직 검사에서 적출된 조직은 관상선들과 간질층으로 구성되어 있었으며, 이는 대장의 관상선종과 유사한 위장관 관상 선종으로 진단되었다. 내시경 초음파검사서 총담관 내 삽입된 플라스틱 스텐트와 총담관 원위부에 점막층에 국한된 약 1 cm 크기의 에코성 종괴가 보였으며 주변 조직 침윤 및 주변의 림프선 종대 소견은 없었다(Fig. 3). 정확한 진단과 치료를 위해 수술이 필요하나 환자가 고령이고, 전신 상태가 불량하여 담도 내시경을 통한 절제술을 시도하였다.



**Figure 2.** Cholangioscopy finding. It shows endoscopic retrograde cholangioscopic basket removal of a soft tissue mass from the distal common bile duct.

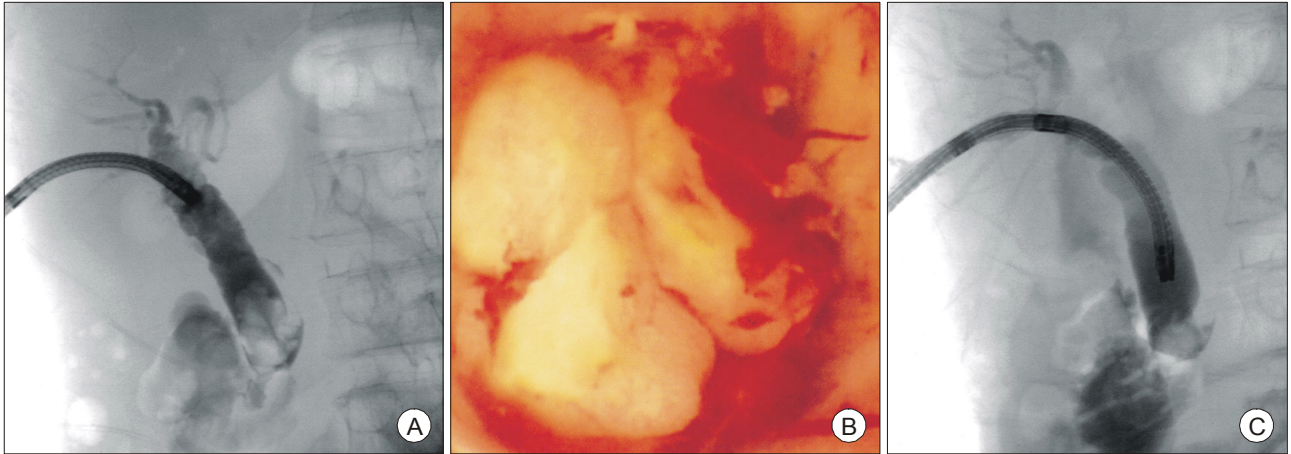


**Figure 1.** Ultrasonography of a patient with tubular adenoma of the common bile duct. It shows a 1-cm sized hyperechoic mass and a dilated common bile duct (white arrow).

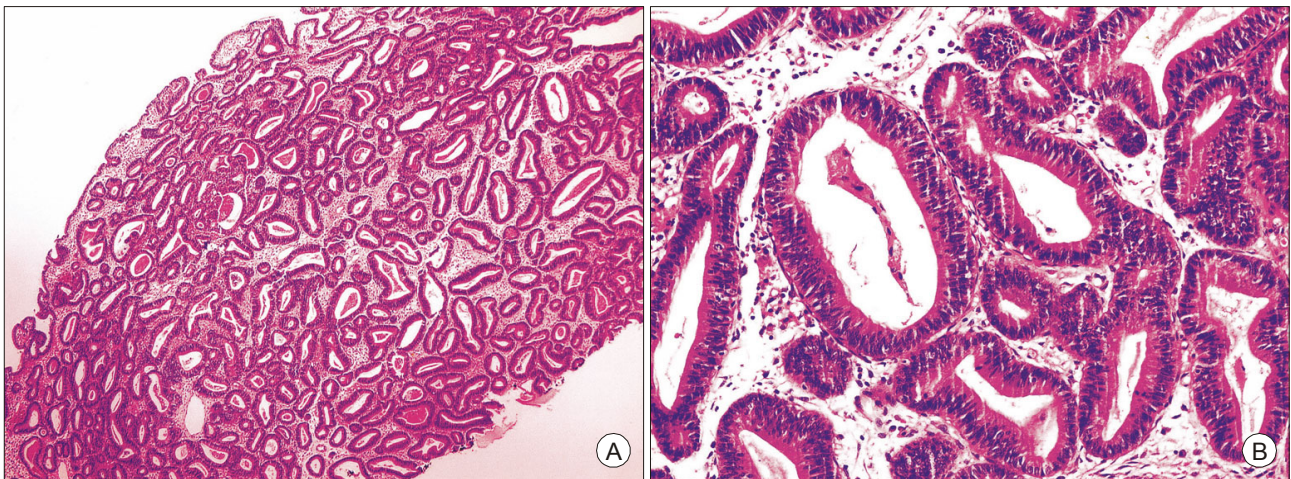


**Figure 3.** Endoscopic ultrasonography of a patient with tubular adenoma of the common bile duct. It shows a 1-cm sized echogenic lobulated round mass, confined in the mucosal layer with dilated distal common bile duct (black arrow).





**Figure 4.** Percutaneous transhepatic cholangiography. (A) Cholangiogram shows a round lobulated filling defect in the distal common bile duct. (B) Photography shows a lobulated mass lesion with wide stalk in the distal common bile duct. (C) Cholangiogram shows a decreased filling defect in distal common bile duct after snare resection.



**Figure 5.** Microscopic findings. (A) Tumor shows tubular glands and loose stromal structures (H&E stain,  $\times 40$ ). (B) Tumor glands show pseudostratified tall columnar epithelium, similar to tubular adenoma of colon (H&E stain,  $\times 200$ ).

담도 내시경 직시하에 병변은 총담관 원위부 내부를 거의 차지하는 다엽성 용종양의 줄기가 굵은 종괴였으며 내시경이 유두부로 통과할 수 없었다. 총 3회에 걸쳐 총담관 내에 있는 용종을 올가미로 조직의 4/5정도를 제거하였다. 굵은 종괴 줄기로 인해 종괴를 완전하게 제거하지 못하였으나 조영제가 총담관과 유두부로 잘 통과하는 것을 확인하고 수술을 종료하였다(Fig. 4). 종괴 절제 후에 소량의 출혈이 관찰되었으나 저절로 지혈되었다. 조직검사는 이전과 동일한 위장관 관상 선종이었으며, 고도의 이형성 변화나 악성화 경향은 없는 것으로 진단되었다(Fig. 5). 환자는 현재 특이 증상 없이 외래 추적관찰 중이다.

## 고 찰

담도 내의 양성 종양은 악성 종양에 비해 드물게 발견된다. 간외 담도의 양성 종양은 대부분이 십이지장 유두에 위치해 있고, 다음으로 총담관에서 발견된다.<sup>1</sup> 총담관 양성 종양은 1991년 WHO에서 선종(관상, 관상 유두, 유두), 낭성선종, 유두종증으로 분류하였고,<sup>8</sup> Beazley 등<sup>1</sup>은 유두종, 선종, 근아세포종, 신경초종, 평활근종, 과오종 등으로 분류하고 있다. 유두종과 선종이 담도의 양성 종양의 대다수를 차지한다. 그러나 과거의 보고들은 유두종과 용모성 선종이 혼재되어 사용되고

있으며 유두종과 용모성 선종은 조직학적으로 유사하다는 보고도 있어 아직 통일된 명명법으로 분류되지 않고 있다.<sup>9</sup> 현재까지 총담관 선종에 대한 보고들은 주로 용모성 선종이었으며, 선암을 동반한 경우도 발견되어 담도 선종으로부터 담도암의 발생 가능성을 시사한 바 있다.<sup>10</sup> 국내에서는 총담관 양성 종양 중 유두종 1예와 용모성 선종 3예가 보고되었고, 관상 선종의 보고는 없었다.<sup>6,7,11</sup>

담도 양성 종양에 동반된 증상은 대부분이 폐쇄성 황달, 담도성 통증, 소화불량 등으로 나타나 담석이나 담도암 등의 증상과 유사하여 감별이 어렵다. 진단을 위해서 복부 초음파, 복부 전산화 단층 촬영, 자기 공명 영상, 내시경 역행성 담도 조영술, 내시경 초음파, 경피경간 담도 조영술 등을 이용할 수 있다. 위의 진단적 방법을 통해 종양의 경계가 비교적 명확히 구분되고 주위조직으로의 침윤 소견이 없으며 림프선 종대 등이 없을 때에는 양성 종양의 가능성이 크다.<sup>12</sup> 양성 종양의 확진을 위해서는 내시경 조직검사 및 수술이 필요하다. 본 증례도 담도 담석과 구별이 안 되는 총담관 종괴를 바스켓으로 제거하려다가 얻은 조직 절편으로 담관의 관상 선종을 진단하였다.

담도의 용모성 선종은 선암을 동반한 보고들이 있어 치료는 종양을 완전히 제거해 주는 것이 원칙이다.<sup>10,13,14</sup> 또한 Sturgis 등<sup>5</sup>은 수술의 위험성이 높은 환자에서는 내시경으로 절제를 시행할 수 있다고 언급하였고, 국내에서도 총담관 용모성 선종으로 진단된 2예를 수술의 고위험군과 수술 거부로 경피경간 담도 내시경을 이용하여 제거한 보고가 있다.<sup>7</sup> 아직 내시경적 절제술에 대한 적응증은 정해진 바 없으나, 문헌상 보고와 본 증례와 같이 총담관 원위부 종양이 내시경 초음파 검사 및 복부 전산화 촬영, 조직 검사를 통해 양성 종양으로 진단되고, 고립성 병변이거나 환자가 수술의 고위험군, 수술을 거부한 경우에는 내시경적 절제도 치료의 한 방법으로 고려할 수 있다.

본 증례도 관상 선종으로 진단되었으나 조직 검사 결과 대장 관상 선종과 유사한 모양을 하고 있어 선암으로 진행할 가능성이 있다. 일부 보고에서는 p53 면역반응 검사에서 양성 소견일 때 전암 병변의 가능성이 있음을 제시하였고, 이를 확인하여 내시경으로 제거 혹은 수술 범위를 결정하는 것이 도움될 수 있다고 한다.<sup>15,16</sup> 본 증례는 환자의 상태가 근치적 수술이 어려워 담도 배액관 유치 후 추적관찰도 고려할 수 있으나, 주기적으로 배액관을 교체해야 되는 단점이 있다. 본 증례는 조직 절편을 통해 양성 종양을 확인하고, 복부 전

산화 촬영은 시행하지 않았으나 내시경 초음파를 통해 주변 조직으로의 침윤 및 림프절 종대 소견이 없어서 경피경간 담도 내시경술로 관상 선종의 제거를 시도하였다. 그러나 총담관을 막고 있던 종괴로 인해 내시경이 통과하지 못하였고, 종괴의 저변이 넓고 출혈이 있어 종양의 4/5 정도만을 절제하였다. 시술 후 담도경이 유두부를 자유로이 지나갈 수 있었다. 여러 조직 절편의 조직 검사 결과 종괴에서 악성 변화를 시사하는 소견이 없는 관상 선종으로 확인되었다.

총담관 양성 종양으로 선종을 내시경으로 절제한 보고들이 적어 이에 대한 추적 관찰에 대한 가이드라인은 정해진 바 없다. Sturgis 등<sup>5</sup>은 담관 내 선종을 절제한 후 내시경 역행성 담도 조영술을 통한 추적 검사를 6개월, 1년, 2년 후에 하고, 이후 재발 소견이 없으면 2년마다 시행할 것을 제시하였다. 국내에 보고된 2예에서는 7개월, 12개월 동안 재발 소견은 보이지 않았다고 한다.<sup>7</sup> 본 증례의 경우는 관상 선종이 완전 절제가 안된 상태로 종양의 변화에 대한 향후 추적 검사가 필요할 것으로 생각한다.

저자 등은 총담관 담석과 감별이 어려웠던 총담관의 관상 선종을 경피경간 담도 내시경술로 부분 제거를 시행한 1예를 경험하였다. 총담관 관상 선종은 아직 국내에 보고되지 않은 총담관의 양성 종양으로 이에 대한 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

## ABSTRACT

Biliary adenoma of the common bile duct is a rare disease found in biliary tract encountered in biliary mass lesion, and it is difficult to differentiate from their malignant counterparts. Symptoms and signs of these tumors can mimic cholelithiasis and malignant tumors. Therefore, this tumor is rarely diagnosed preoperatively. In addition, there has been no reported case of a tubular adenoma of the common bile duct in Korea, until recently. We experienced a case of tubular adenoma of the common bile duct, which was diagnosed and partially resected by percutaneous trans-hepatic cholangioscopy. The patient was a 84-year-old male who showed abnormal liver function test. Abdominal ultrasonography showed a dilated common bile duct, and a soft tissue was observed on endoscopic retrograde cholangiography. This was initially thought as a stone, but it became partially detachable from the common bile duct during an endoscopic retrograde cholangioscopic basket removal. The mass lesion was partially resected by a

percutaneous transhepatic cholangioscopic snare. This resected tissue was confirmed as a tubular adenoma. (**Korean J Gastrointest Endosc 2005;31:193-197**)

**Key Words:** Common bile duct, Tubular adenoma, Percutaneous transhepatic cholangioscopic polypectomy

## 참 고 문 헌

1. Beazley RM, Blumgart LH. Benign tumours and pseudo-tumours of the biliary tract. In: Blumgart LH, ed. Surgery of the liver and biliary tract. Volume 2. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 1994:941-953.
2. Chu PT. Benign neoplasm of extrahepatic biliary ducts: review of the literature and report of a case of fibroma. Arch Pathol 1950;50:84-97.
3. Fletcher ND, Wise PE, Sharp KW. Common bile duct papillary adenoma causing obstructive jaundice: case report and review of the literature. Am Surg 2004;70:448-452.
4. Jao YTFN, Tseng LJ, Kumar A, et al. Villous adenoma of the common bile duct. Gastrointest Endosc 2003;57:561-562.
5. Sturgis TM, Fromkes JJ, Marsh W Jr. Adenoma of the common bile duct: endoscopic diagnosis and resection. Gastrointest Endosc 1992;38:504-506.
6. Do YS, Lee HG, Han HS, et al. Adenoma of distal common bile duct: a case report. J Korean Radiol Soc 1991;27:383-385.
7. Jeoung ST, Shin YJ, Yoo BM, et al. Two cases of villous adenoma of common bile duct: endoscopic diagnosis and treatment. Korean J Gastrointest Endosc 1998;18:788-795.
8. Gibson JB, Sobin LH. Histological typing of tumors of the liver, biliary tract and pancreases In: Albores-Saavedra J, Henson DE, Sobin LH, eds. International Histological Classification of Tumor. No. 20. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 1991:7-8.
9. Kawakatsu M, Vilgrain V, Zins M, Vullierme M, Belghiti J, Menu Y. Radiologic features of papillary adenoma and papillomatosis of the biliary tract. Abdom Imaging 1997;22:87-90.
10. Hasebe T, Sakamoto M, Mukai K, et al. Cholangiocarcinoma arising in bile duct adenoma with focal area of bile duct hamartoma. Virchows Arch 1995;426:209-213.
11. Lyou JH, Kim JH, Kim HC. A case of villous adenomas in the common bile duct and cystic duct. Korean J Med 1997;53:102-106.
12. Blot E, Heron F, Cardot F, et al. Villous adenoma of the common bile duct. J Clin Gastroenterol 1996;22:77-79.
13. Chae BW, Chung JP, Park YN, et al. Villous adenoma of the bile ducts: a case report and a review of the reported cases in Korea. Yonsei Med J 1999;40:84-89.
14. Chang WY, Chung SM, Shin JH, et al. A villous adenoma with foci of adenocarcinoma arising in the common hepatic duct. Korean J Gastrointest Endosc 2001;22:53-56.
15. Lou HY, Chang CC, Chen SH, et al. Acute cholangitis secondary to a common bile duct adenoma. Hepatogastroenterology 2003;50:949-951.
16. Mitsuhiro I, Akira I, Shuichi K, et al. Papillary adenoma of the distal common bile duct. J Gastroenterol 1999;34:535-539.